

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 831

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Abol Hassan DEHKAN

Né le 11 Septembre 1910, à CHIRAZ (Iran)

ANGINE DE POITRINE
SYPHILITIQUE
ET SON TRAITEMENT

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PRÉSENTÉE PAR

Abol Hassan DEHKAN

Né le 11 Septembre 1910, à CHIRAZ (Iran)

ANGINE DE POITRINE
SYPHILITIQUE
ET SON TRAITEMENT

Président : M. GOUGEROT, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	FRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	THIEFNEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINI
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
Clinique médicale	CLERC.
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAI
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MCLON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et.	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Crologie.
FUNK	
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.
GAUTHIER	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.

MM.

DE GAUDART	
O'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOL	Obstétrique
LAROCHE Guy	Pathologie médicale
LELONG	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J) .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET .. Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale

MM.

PIEDELIEVRE. Médecine légale
 PORTES Obstétrique.
 RENARD (L.). Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie
 CHAILLEY
 BERT Physiologie.

MM

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE Parasitologie
 PHILIBERT . Bactériologie.

IV Agrégés chargés de cours de clinique annexes à titre permanent

MM

ALAJOUANINE
 AUBERTIN ...
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 LIAN
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY

Clinique médicale

MM.

BASSET
 BROcq
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 ECALE
 GUENIOT
 LE LORIER
 LEVY-SOLAL ..
 METZGER

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale

V. - Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 PHILIBERT, agrégé..... Stomatologie.
 RUPPE Microbiologie.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

Faible témoignage de profonde
affection et sincère reconnaissance
pour tout ce qu'elle a fait pour moi.

A MON CHER FRÈRE

Dont la fraternelle affection et le
zèle à l'étude ont été ma plus grande
joie.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

A MES COUSINS ET COUSINES

A TOUS MES CAMARADES
IRANIENS ET FRANÇAIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

*Professeur de Clinique des Maladies cutanées
à la Faculté de Médecine de Paris*

Tous nos remerciements pour le
grand honneur qu'il nous a fait en
acceptant la présidence de cette thèse.

A NOTRE MAÎTRE MONSIEUR LE DOCTEUR A. SÉZARY

*Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*

Il nous a fait le très grand honneur de nous inspirer cette thèse et nous avons pu apprécier la haute distinction d'esprit et la générosité de cœur avec lesquelles il nous a guidé.

Nous sommes heureux de le remercier ici de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A MONSIEUR ROBERT TIFFENEU

Interne des Hôpitaux de Paris

A NOS MAITRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE
DE STRASBOURG ET DE PARIS

Au terme de ses études de Faculté, c'est un plaisir que d'embrasser le but pour lequel on a tant travaillé loin du pays natal et à travers des épisodes si mouvementés ! Mais quel sentiment triste vient nous assaillir à la pensée de terminer notre vie estudiantine et de quitter la France, notre Faculté, nos Hôpitaux et nos Amis... Avant de partir nous disons merci, de tout notre cœur, à nos maîtres auxquels nous devons tout notre savoir.

Plus tard dans notre lointain Iran, où nous aurons emporté les souvenirs d'études, notre pensée émue s'envolera souvent vers les célèbres Facultés de France, qui nous ont tant enrichis.

ANGINE DE POITRINE SYPHILITIQUE

ET SON TRAITEMENT

INTRODUCTION

En choisissant comme sujet de thèse le traitement de l'angine de poitrine, nous nous sommes volontairement limités à étudier le traitement des cas d'*angor pectoris* relevant de la syphilis. Toutefois il nous a paru utile de rappeler dans la première partie de ce travail les caractères cliniques de l'angine de poitrine et d'étudier plus particulièrement la symptomatologie des formes de cette affection où la syphilis entre en jeu.

C'est sous la surveillance et le haut patronnage de notre éminent Maître M. SÉZARY que nous avons entrepris de traiter ce sujet. Il a bien voulu nous confier cette tâche dont il s'est occupé depuis plusieurs années et qu'il a été l'objet d'une importante communication, en 1927, à la « Société Médicale des Hôpitaux de Paris ».

Quant aux données d'ordre clinique, nous rapportons ici les renseignements tirés de notre expérience personnelle et surtout de l'enseignement de M. le Professeur Camille LIAN. Dans ce travail nous envisageons d'abord l'historique de la question et après un rappel des principales théories et des grands caractères

cliniques de l'angine de poitrine, nous étudions plus particulièrement le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'angine de poitrine d'origine syphilitique. Au cours de cet exposé nous rapportons quelques observations types dues à l'obligeance de M. SÉZARY.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Si la connaissance de l'angine de poitrine est très ancienne, les travaux concernant l'angor d'origine syphilitique ne remontent qu'à la fin du siècle dernier. En effet, les premières descriptions des douleurs angineuses se retrouvent dans un ouvrage de BAILLON (*Concilorum Medicinalium Liber Primus*, édition de Tronchin-Genève), daté 1762, où les symptômes en sont décrits sous le titre de *Dolorilus ad Sternum*. Et c'est HÉBERDEN le premier qui en 1768 donne à la maladie le nom d'angine de poitrine (*angina pectoris*).

Pendant tout le XIX^e siècle l'angine de poitrine suscite de nombreux travaux et déjà les controverses pathogéniques divisent cliniciens et chercheurs. Toutefois CORRIGAN en 1838 établit nettement le rôle de l'aortite dans le déterminisme de l'angor. Mais ce n'est qu'à la fin du siècle dernier que l'on retrouve les premières publications concernant l'angine de poitrine syphilitique. Déjà DIEULAFOY avait préconisé l'iode de potassium dans le traitement de l'angine de poitrine. HUCHARD en 1889 rapporte une statistique importante. Sur 277 cas, il remarque que 55 d'entre eux, soit environ 20 %, relèvent de la syphilis. Plus tard l'étiologie spécifique des crises angineuses est bien mise en évidence par de nombreux auteurs. VAQUEZ donne le pourcentage de 30 % comme chiffre

global pour les angines causées par la syphilis. LIAN et VERNE, après de nombreuses recherches qui datent de 1914 arrivent à une conclusion analogue. Etienne DE NANCY, au Congrès de Bruxelles en 1921, soutient que la syphilis cause 82 % environ des aortites avec crises angineuses et enfin, GALLAVARDIN retrouve l'origine syphilitique de l'angor d'effort dans 87 % des cas lorsqu'il existe une aortite avec insuffisance aortique et dans 100 % des cas d'angor avec anévrysme aortique.

LES THEORIES DE L'ANGINE DE POITRINE

Les problèmes concernant la pathogénie de l'angor pectoris ont retenu depuis longtemps l'attention des cliniciens. Les recherches que ces questions ont suscité ont permis de préciser le déterminisme de ces crises douloureuses, et d'indiquer quelles sont les perturbations lésionnelles au cœur. A cet égard, la connaissance de ces théories sont hautement significatives pour comprendre le rôle important que joue la syphilis dans la genèse de ces accidents. Nous rappelons les plus communes d'entre elles :

a) THÉORIE CORONARIENNE

D'après cette théorie, les douleurs de l'angine de poitrine relèveraient de lésions déterminant un rétrécissement du calibre des coronaires. Tout se passe comme si le mécanisme d'adaptation vaso-motrice coronarienne était profondément troublé. Les défenseurs de cette théorie apportent des preuves anatomo-pathologiques et en outre ils invoquent le rôle important des facteurs spasmogènes dans l'apparition de la crise.

GALLAVARDIN en France, et MACKENZIE en Angleterre sont les défenseurs les plus ardents de cette théorie, tandis que d'autres comme LAUBRY, DEJERINE, RIST et VAQUEZ l'ont contestée en présentant des malades ayant des lésions des coronaires avec infarctus du myocarde sans crise d'angor, ainsi que des cas angineux sans lésions coronariennes.

b) THÉORIE NERVEUSE

Les partisans de cette théorie attribuent l'angine de poitrine aux altérations des ganglions sympathiques. Ils invoquent en faveur de leur opinion les cas où la guérison des crises est survenue à la suite de certaines interventions sur le sympathique. Dernièrement LERICHE et FONTAINE ont signalé le rôle important que joue le ganglion étoilé gauche et ils ont publié diverses tentatives d'intervention chirurgicale de ce ganglion avec des résultats remarquables. D'autre part, ils ont montré que l'excitation expérimentale de cette région provoque une crise d'angine de poitrine. D'autres auteurs, et notamment DANIELOPOLU, contestent cette théorie. Ils estiment que les lésions nerveuses agissent comme un facteur important surajouté et non causal.

c) THÉORIE AORTIQUE

Cette théorie, due à CLIFFORD ALBERT en Angleterre, veut expliquer la crise de l'angine de poitrine par une atteinte de la portion sus-sigmoïdienne de l'aorte. Cette région sensible serait le point de départ d'un réflexe vasomoteur qui déclencherait la crise par l'intermédiaire du nerf dépresseur se terminant dans l'adventice aortique par les corpuscules de PACINI. VAQUEZ a bien mis en évidence tout l'intérêt de cette pathogénie et dans un travail important publié en 1915 dans *Les Archives des Maladies du Cœur*, il distingue deux formes étiologiques et cliniques :

- 1° L'angine d'effort liée à une aortite ;
- 2° L'angine de décubitus, manifestation de la distension ventriculaire.

d) THÉORIE MYOCARDIAQUE

Individualisée par MACKENZIE, cette théorie pourrait être considérée comme un corollaire de la théorie coronarienne. Elle explique la crise par un défaut d'irrigation du myocarde ou par la distension ventriculaire (VAQUEZ). Selon ce dernier, la crise est due à la diminution de la force de réserve du cœur par épuisement de son myocarde. Cet épuisement s'établit progressivement au cours des diverses affections cardiaques et produit une dégénérescence de la fibre musculaire. Ainsi fatigué (selon l'expression de DANIELOPOLU), le cœur ne réagit pas en cas de surmenage et cause un accès de l'angine. Cet auteur estime qu'à des facteurs prédisposants, tels une aortite, une lésion du plexus cardiaque ou des coronaires, s'ajoutent des facteurs déterminants tels l'effort physique, l'élévation de la tension artérielle, le spasme, l'embolie ou la thrombose des artères coronaires.

e) THÉORIE VASO-MOTRICE

Devant les objections énumérées plus haut et les critiques formulées contre les théories précédentes, Rudolf SCHMIDT tente d'expliquer les accès de l'angine de poitrine par une perturbation vaso-motrice et il base ses arguments sur le fait que ce sont les réactions vaso-motrices qui jouent un rôle important dans le mécanisme douloureux. A l'appui de sa théorie il indique l'action thérapeutique des nitrites, vaso-dilatateurs et non anti-névralgiques.

*
**

L'intérêt de ces théories en ce qui concerne le présent travail est de montrer le rôle important que peut

jouer la syphilis dans le déterminisme de l'angine de poitrine.

L'aortite relève en effet pour la très grande majorité des cas de la spécificité, du moins en ce qui concerne l'aortite du sujet jeune ; l'aortite du sujet âgé reconnaît surtout comme cause les lésions athéromateuses dans la genèse desquelles la syphilis joue un rôle beaucoup moins certain.

La coronarite peut également relever de la syphilis.

Il n'est pas jusqu'à la myocardite qui puisse être due à la spécificité. Des travaux récents ont bien mis en lumière ces faits de myocardite syphilitique.

ETUDE CLINIQUE

DÉFINITION

L'angine de poitrine est un syndrome caractérisé par l'association de trois symptômes majeurs :

Douleur rétrosternale contractive ; l'Irradiation vers l'épaule et le bras gauche ; Angoisse.

La douleur siège derrière le sternum, tantôt haute tantôt basse à la xyphoïde, dans l'épigastre, parfois elle intéresse toute la région précordiale. Elle revêt le caractère d'une brûlure, d'une déchirure. En tous cas les malades insistent tous sur son intensité extrême. Deux caractères sont bien propres à cette douleur : elle est paroxystique et surtout elle est constrictive. Ce dernier caractère est indispensable pour poser le diagnostic d'angor.

L'irradiation est aussi très particulière par sa topographie. Elle s'effectue généralement dans le membre supérieur gauche. Son intensité est généralement moins forte que celle de la douleur précordiale, mais ici aussi on retrouve la note constrictive si spéciale à l'angine de poitrine, elle se traduit par une impression de striction au poignet, au coude. A côté de cette irradiation typique on peut observer une irradiation dans le bras droit, dans la région cervicale ou même encore plus éloignée dans les lombes. Enfin elle s'ac-

compagne de phénomènes moteurs et vaso-moteurs : lourdeur, fatigue, parésie du membre, gonflement, rougeur, fourmillement.

Quant à l'angoisse, c'est la répercussion mentale de la douleur. Elle est très pénible. C'est une impression de mort imminente, une sensation d'être qui s'éteint, elle est fonction du psychisme du malade.

Mais le tableau de l'angine de poitrine n'est pas univoque et souvent l'affection ne revêt pas un aspect aussi schématique. Et c'est surtout dans les formes frustes ou atypiques que les problèmes diagnostiques sont particulièrement délicats. Dans telle crise la douleur débute par l'irradiation. Parfois même cette dernière est plus intense que la douleur précordiale. Dans d'autres cas, on assistera à des crises purement douloureuses, uniquement angoissantes, où tout l'élément vaso-moteur est dominant. Parfois même ce sont des manifestations plus dégradées encore, telles les sensations de respiration bouchée sur lesquelles GALLAVARDIN a insisté. Il existe enfin des faits d'interprétation délicate où seul un équivalent céphalé, malaise vient traduire la crise angineuse. Ce qui permet de rattacher ces formes à l'angor, c'est qu'elles surviennent dans l'intervalle de deux crises typiques.

FORMES CLINIQUES

Comme nous l'avons déjà indiqué au chapitre des théories, l'angine de poitrine revêt deux tableaux (description Vaquez) :

1) *Angine d'effort* et 2) *Angine de décubitus*.

ANGINE D'EFFORT

Nous envisagerons d'abord l'angine d'effort, car c'est ce type clinique d'angor qui est le plus souvent réalisé par les affections spécifiques cardio-vasculaires. *Cliniquement*, il s'agit souvent d'un adulte de 40 à 60 ans, le plus souvent porteur d'une aortite. Le début reconnaît dans la règle une cause déclanchante plus ou moins nette et c'est souvent au cours d'une marche, après un repas ou un effort quelconque, que va survenir la crise angineuse. Un fait également particulier est la sensibilisation du malade aux causes provocatrices. En effet, la cause nécessaire au déclenchement de la crise devient de plus en plus minime. La crise dure 2 à 5 minutes pendant lesquelles le malade est immobile, penché en avant, le bras gauche à demi fléchi, le faciès pâle, anxieux, pâleur à laquelle succède la rougeur de la face en fin d'accès.

A l'examen, on est généralement frappé par l'absence de tout symptôme anormal. En effet, le cœur est impassible, sauf dans quelques cas où l'on peut entendre quelques troubles du rythme. La tension artérielle est le plus souvent normale, cependant certains auteurs ont montré la possibilité de poussée hypertensive. Enfin il n'y a pas de dyspnée.

La fin de l'accès est brusque, habituellement, avec sensation de bien être et accompagnée d'éruclation, baillement et polyurie. Toutefois, à côté de ces cas favorables, il faut savoir que la mort est toujours possible dès le premier accès. Un certain endolorissement de la région précordiale peut persister entre les crises qui peuvent rester espacées, ou au contraire se rapprocher, réalisant l'état de mal angineux du plus fâcheux pronostic.

L'examen après les crises permet parfois de révéler des altérations électrocardiographiques particulières.

Dans près d'un tiers des cas, l'électrocardiogramme est normal ; on trouve une altération de T dans un tiers des cas et dans le dernier tiers, il y a des modifications de R associées ou non à un T négatif et pointu (atypie ventriculaire) et enfin dans de rares cas il y a un allongement de l'intervalle PR. Aussi, il n'y a pas de doute que la sténose coronarienne peut causer la dénivellation et la déformation de la ligne ST ainsi que le caractère négatif de T dans une ou plusieurs dérivations, surtout si le T est à la fois négatif, pointu et précédé d'une onde curvilligne.

Dans un article récent publié par Malcolm K. Gray, de Londres, nous remarquons que, d'après quatre observations des malades venant à ses consultations, le médecin anglais a pu obtenir les tracés de l'électrocardiogramme pendant l'accès. Il en résulte les changements suivants pendant la courte durée de l'attaque :

1. Il y a une dépression à l'intervalle de R. et T.
2. L'amplitude Q. R. S. est augmentée sensiblement.

Ces changements dans le complexe ventriculaire sont assez démonstratifs de l'attaque de l'angor pectoris.

ANGINE DE DECUBITUS

L'angine de decubitus relève dans la règle de l'insuffisance ventriculaire gauche. C'est dire que, dans cette forme, la syphilis est plus rarement en cause, ou du moins elle ne constitue pas le facteur déterminant. Nous rappelons toutefois ses principaux caractères cliniques :

Son début nocturne, ses douleurs d'intensité extrême, la longue durée de ces crises douloureuses. Enfin, la fin moins brusque s'étendant souvent sur plusieurs jours.

Mais, surtout un fait est bien spécial à ce type d'angor, c'est la coexistence de signes associés :

Signe pulmonaire : Dyspnée ; et signes cardiaques d'insuffisances ventriculaire gauche : galop, parfois signes d'insuffisance mitrale fonctionnelle à la suite de la crise. Tension artérielle à différentielle écrasée.

Cette crise ne peut évoluer comme dans le cas d'une angine d'effort, vers la mort subite, mais ce qui est caractéristique ici, c'est que la note cardiaque imprime à l'évolution un caractère particulier du fait de l'évolution possible vers l'asystolie.

ASPECT GÉNÉRAL ET ÉVOLUTION GÉNÉRALE DE L'ANGINE DE POITRINE

Ces deux tableaux sont des schémas. Il existe des formes intermédiaires ; un même sujet peut faire les deux types de crises ; l'une peut évoluer vers l'autre.

Evolution des crises : Une fois installée, l'angine de poitrine a une évolution progressive. Les crises sont violentes, elles se rapprochent, les causes déclenchantes sont souvent de moins en moins importantes.

En réalité, actuellement on considère l'évolution de l'angine de poitrine comme s'effectuant par poussées avec une période douloureuse de deux à trois semaines et un jour à l'acmé de la poussée une crise très violente. A cette poussée fait suite une accalmie de durée variable. Dans l'ensemble, l'évolution est relativement longue. Cinquante pour cent des malades survivent 8 à 10 ans, peu dépassent 15 ans.

LA MORT CHEZ LES ANGINEUX

La mort par syncope : La mort survient de différentes façons chez les angineux. Tantôt elle arrive dès le début de la crise par syncope, tantôt elle termine un accès d'allure banale. Parfois la mort arrive au cours d'une crise très violente. Dans d'autres cas, une évolution fatale, brutale et foudroyante peut être consécutive à un accès minime.

Mort par insuffisance cardiaque : L'insuffisance cardiaque aiguë (crise d'œdème pulmonaire aiguë) ou progressive, peut emporter les malades. Une bradycardie avec dissociation auriculo-ventriculaire, des troubles de rythme, ou encore un infarctus myocardique peuvent déterminer la mort.

Mort par artérite : Des lésions artérielles autres que les coronarites peuvent causer la mort. Thrombose cérébrale, gangrène des membres inférieurs et rupture d'anévrisme aortique sont des exemples de ces faits.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le Docteur SÉZARY

M. B.... âgé de 59 ans, se plaint depuis le mois d'octobre 1934 de douleurs angineuses survenant le matin, soit au cours de la journée soit d'une façon plus spéciale au réveil. Il s'agit de douleurs rétrosternales survenant par crises et durant quelques secondes irradiant dans les deux membres supérieurs et s'accompagnant d'angoisse.

L'examen de l'appareil circulatoire ne révèle rien d'anormal, la pression artérielle est de 15/9. A l'examen radiologique, on note une aorte élargie un peu plus opaque que normalement. En outre, le foie est un peu augmenté de volume. Il n'y a ni sucre ni albumine dans les urines. Le taux de l'urée sanguine est normal. Mais surtout l'examen permet de déceler des signes de syphilis nerveuse : Inégalité pupillaire avec signe d'Argyl Robertson. Les réactions de Wassermann, de Hecht, de Kahn, se sont toutes montrées fortement positives.

Le traitement du malade a consisté en une première série de quinze injections d'un centigramme de cyanure de mercure. Dès ce premier traitement, une amélioration a pu être notée, les crises devenant plus rares. Après trois semaines de repos, le malade a reçu une nouvelle série de 15 injections intramusculaires de Muthanol, deux fois par semaine. A la fin de cette dernière série, au mois de janvier 1935, le malade déclare n'avoir plus ressenti de crises angineuses. C'est à peine si, en l'espace de quinze jours, il a éprouvé un très léger rappel sous forme de petites douleurs fugaces rétros-

ternales qui n'ont plus aucune analogie avec les algies violentes, qu'éprouvait ce sujet avant son traitement.

Les réactions du sang ont été encore positives au mois de mars 1935 et le traitement bismuthique se poursuit. Le malade n'a pas été traité par arsenic en raison de l'hypertrophie hépathique.

OBSERVATION II

Service de M. le Docteur SÉZARY, Hôpital Saint-Louis.

M. S. M..., âgé de 50 ans, se plaint dès le mois de janvier 1934 de douleurs thoraciques qui se sont accrues progressivement depuis et l'obligent à interrompre son travail. Les douleurs irradient vers le bras gauche, le dos et parfois le cou. Au début les crises survenaient à la suite d'un effort ou d'une marche, plus tard elles apparaissent même sans cause déclenchante, souvent la nuit.

A l'examen, on note que : la pointe du cœur bat dans le sixième espace intercostal (surélévation des sous-clavières à la base). A l'auscultation on perçoit un léger souffle systolique dans le deuxième espace intercostal droit qui se propage peu et est suivi d'un clanger du deuxième bruit. Le pouls est irrégulier. La tension artérielle est 16/8. Le Wassermann est positif. Enfin on ne trouve ni sucre ni albumine dans les urines.

Traitement : Le malade a reçu 10 injections d'un centigramme de cyanure de mercure. La cessation des douleurs a été presque immédiate. Toutefois le traitement a été poursuivi par 20 injections de Muthanol à la suite desquelles le malade a pu quitter l'hôpital. Depuis lors il a été suivi régulièrement et pendant trois mois n'a présenté aucune nouvelle crise.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. SÉZARY

M. G. H..., 61 ans, vient consulter le 8 juin 1925. Il souffre de « constriction sternale ». La première crise est survenue 20 ans auparavant à la suite d'une émotion. Depuis cette date les crises se reproduisent avec une fréquence variable.

Ce sont des douleurs rétrosternales irradiant à la partie interne du membre supérieur gauche. Elles sont déclenchées par la digestion, la marche, les émotions; et surviennent surtout l'après-midi, jamais dans la nuit. En dehors des crises, le malade se plaint d'un état douloureux presque permanent de la région sternale : douleur sourde et continue.

A l'examen : Cœur normal, T. A. 16/8 ; poumons normaux, ni sucre ni albumine dans les urines, foie normal, rate augmentée du volume. Les réflexes tendineux sont plus vifs du côté droit. Il n'y a pas d'Argyll-Robertson. C'est un gros fumeur ; il n'a pas de leucoplasie.

Antécédents : Syphilis primaire en 1887, roséole plaques muqueuses, traitée pendant un an par le sirop de Gibert. Un an et demi après le chancre, hémiplegie droite qui guérit spontanément sans traitement spécifique ; mais les réflexes demeurent encore vifs aujourd'hui. Depuis cette époque, il prend quatre fois par an 15 gr. d'iodure de potassium. Il y a 4 ans, syphilis psorasiforme des bras guéris par le soufre. Sa femme a fait une fausse couche et est morte d'une crise d'asthme il y a 2 ans. B. W. positive (?), Hecht positive (fortement).

Radioscopie : Cœur non hypertrophié, aorte surélevée un peu flexueuse non dilatée. Ses limites postérieures sont un peu indécises avec médiastinite sclérose. Il n'y a pas d'athérome visible.

Traitement : Le 9 juin et les jours suivants, le malade a reçu 5 cgm. de gardénal par jour. Le 10, apparaît une éruption ortiée. Le 12, les crises angineuses cessent. Le 15 juin, on commence un traitement par le Muthanol. Il reçoit en-

viron 15 gr. de ce médicament à la suite duquel les crises ont disparu, sauf un jour où le malade a fait un accès à la suite d'une émotion.

Du 20 août au 14 septembre 1925, le malade reçoit 10 gr. de KI. Les crises ne se sont pas reproduites, seules persistent quelques ébauches après une marche, ou avant le diner. En octobre et novembre, il reçoit 15 gr. de Muthanol. En décembre et janvier 1926, il reçoit deux séries de 20 gr. de KI. On note une très grosse amélioration. Toujours pas de crises types, quelques rares ébauches persistent encore. En février encore, il reçoit 10 injections de Muthanol et, à la fin de 1926, il va très bien seulement quelques ébauches apparaissent pendant un effort. Néanmoins, le B. W. est + +, Hecht + + +. Le traitement se continue aux mois de novembre et décembre 1926 par 10 injections de Muthanol et il en reçoit de même les années qui suivent.

CHAPITRE II

L'ANGINE DE POITRINE SYPHILITIQUE

I. — ETIOLOGIE

A) FRÉQUENCE.

La fréquence de l'angine de poitrine syphilitique a été l'objet de nombreuses recherches. Nous reproduisons d'abord quelques statistiques ainsi que les résultats obtenus par différents auteurs.

Maladies	Nombre de cas cliniques	Syphilis avouée ou stigmates caractéristiques	Nombre de cas où le B. W. a pu être pratiqué	B.W. positif	Total des cas de syphilis soit clinique, soit sérologique	Pourcentage de l'origine syphilitique
Anévrisme aortique.	5	0	5	5	5	100 %
Insuffisance aortique sans rhumatisme articulaire aigu dans les antécédants	26	9	18	18	26	100 %
Aortite chronique sans anévrisme ni insuffisance aortique	11	2	9	1	3	27 %

Dans cette statistique portant sur plus de 40 cas de lésions aortiques, LIAN et VERNE ont recherché la fréquence de l'origine syphilitique de cette affection.

Nous voyons que la syphilis est pratiquement toujours à l'origine des anévrysmes aortiques, elle est très fréquente (81 % des cas) dans les aortites avec insuffisance aortique. Elle n'est qu'assez fréquente dans les aortites sans insuffisance aortique ni anévrysme.

Dans une statistique plus étendue, LIAN, BARRIEU et RIBAS SOBRANO, étudient chez les malades de leur service de l'Hôpital Tenon le pourcentage de séro-réactions positives. Voici leurs conclusions :

Anévrysme aortique	23	20	3	86 %
Aortite avec insuffisance				
aortique	108	88	20	81 %
Aortite sans anévrysme ni				
insuffisance	70	23	47	32 %

Cette statistique, rapprochée de la précédente, montre aussi que la syphilis est moins incriminée dans l'aortite sans insuffisance aortique que dans l'aortite avec insuffisance aortique ou avec anévrysme.

En 1913, LIAN et VERNE publient une statistique intéressant plus précisément les cas d'angine de poitrine. Ces auteurs constatent que, sur 486 cas d'angine de poitrine, on trouve :

a) 62 cas d'aortite avec insuffisance aortique ; la syphilis était certaine dans 39 cas, douteuse dans 15 cas, soit un total de 87 % pour la syphilis ;

b) 3 cas d'anévrysme aortique, tous les trois syphilitiques, soit 100 % pour la syphilis ;

c) 3 cas de rétrécissement aortique avec 1 seul cas syphilitique, soit 33 % pour la syphilis ;

d) 418 cas d'angor d'effort sans l'une des trois

affections précédentes, avec seulement 52 syphilis certaine et 33 cas de syphilis douteuse, soit 21 % pour la syphilis.

Dans l'ensemble, la statistique compte donc 20 % de syphilis certaine et 10 % de syphilis douteuse.

On trouve des résultats analogues dans les statistiques publiées par d'autres auteurs. C'est ainsi que HUCHARD trouve la syphilis 55 fois sur 277 observations ; c'est-à-dire 20 % des cas environ. VAQUEZ la note 30 fois sur 100 malades. GALLAVARDIN trouve l'origine syphilitique dans 87 % des cas lorsqu'il existe chez un porteur d'une aortite avec insuffisance aortique, dans 100 % des cas (trois observations seulement) pour l'angor avec anévrysme aortique. Cet auteur rapporte que, sur 18 cas d'angine de poitrine autopsiés, la moitié des cas présentaient des lésions d'aortite syphilitique, et 5 d'entre eux s'accompagnaient d'insuffisance aortique. Enfin LIAN montre 66 cas d'origine syphilitique sur 251 malades, soit un quart des cas : 26 % exactement.

H. BROOK, médecin américain, sur 200 cas d'angine de poitrine, ne trouve que 9 cas relevant de la syphilis. (Tr. A. Am. Physicians 1927). Un autre auteur américain, A. S. WARTHIN, ne donne pas de statistiques, mais constate qu'artériosclérose des coronaires, occlusion et thrombose coronarienne, infarctus du myocarde, ainsi que l'angine de poitrine, sont beaucoup plus fréquents chez les anciens syphilitiques que chez les sujets non syphilitiques. La syphilis prédispose à ces maladies.

Conclusion. On peut retenir de ces larges statistiques les conclusions suivantes formulées par LIAN :

« Dans les angors cardio-artériels sans insuffisance aortique, éventualité répondant à 90 % de la totalité des angors cardio-artériels, la syphilis est rencontrée

seulement dans le quart des cas, mais si on prend en considération la totalité des angors cardio-artériels, c'est-à-dire y compris les 10 % d'aortites avec insuffisance aortique (cas presque tous syphilitiques), on trouve que la syphilis est en cause dans un bon *tiers* des cas.

B) LE TERRAIN.

1) Profession. L'angine de poitrine syphilitique est la maladie de la clientèle de ville. Le pourcentage des cas est beaucoup plus élevé dans les classes aisées et chez les intellectuels que parmi les malades d'hôpital.

2) Age. Quoique un grand nombre d'angineux aient dépassé la quarantaine, c'est surtout chez les sujets âgés de moins de 40 ans qu'on trouve le plus gros pourcentage d'origine syphilitique. Plus les sujets sont jeunes, plus on est en droit de soupçonner la syphilis. Cette notion étiologique est importante pour le diagnostic.

3) Sexe. L'angine de poitrine est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

4) Autres facteurs. On a signalé l'influence de facteurs toxiques, tels que le tabac et l'alcool.

C) LA SYPHILIS DANS L'ANGINE DE POITRINE SPÉCIFIQUE :

1) *Syphilis tertiaire*. — C'est le plus souvent au cours de la période tertiaire que surviennent les accès angineux. Le délai varie de 5 à 15 ans après l'accident initial de la syphilis. Parfois le délai peut devenir encore plus court et, dans quelques cas, on a vu des crises survenir pendant la période secondaire.

2) *Hérédosyphilis*. — Tout à fait rare, mais notre

maître LAUBRY en a signalé quelques cas, ainsi on pourra penser à l'hérédo-spécifique chaque fois qu'on est en présence de sujets jeunes avec angine de poitrine, présentant des stigmates de cette affection.

3) *Variétés de la Syphilis.* — L'angine de poitrine peut survenir au cours de différentes variétés de la syphilis. On l'a rencontrée surtout dans la syphilis cardio-vasculaire, au cours d'une aortite, d'un anévrysme, d'une coronarite ou d'une myocardite. Elle peut ainsi survenir dans les syphilis nerveuses et viscérales. Ces associations de syphilis nerveuses et cardio-aortiques constituent le syndrome de BABINSKI VAQUEZ. Des crises angineuses peuvent survenir en effet chez des sujets présentant un tabès ; une paraplégie, une hémiplégie syphilitique, ou une paralysie générale.

Enfin, ce sont surtout dans les cas de syphilis *ignorée*, mal traités ou insuffisamment traités que surviennent les angines de poitrine syphilitiques.

II. ETUDE CLINIQUE

A. LES CARACTÈRES DE LA CRISE.

Nous avons déjà étudié en détail les caractères de la crise. Rappelons que la crise dans l'angine de poitrine spécifique revêt l'aspect d'une crise d'effort. Ce que nous savons que la fréquence de l'angine syphilitique de l'angine de poitrine d'effort nous montre tout l'intérêt qu'il y a dans ces caractères les arguments susceptibles de plaider en faveur de la syphilis, à savoir : la découverte d'un anévrysme, d'une aortite avec ou sans insuffisance aortique, ainsi que sur les signes cliniques et sérologiques de spécificité.

On ne saurait trop insister sur la nécessité de pratiquer un examen clinique minutieux dès les premières manifestations angineuses. La précocité du diagnostic est une des meilleures garanties de l'efficacité du traitement.

B) LES SIGNES D'EXAMEN.

1. *Le Cœur.* — On ne trouve généralement rien d'anormal à l'examen du cœur. L'auscultation peut décéler une tachycardie ou des lésions préexistantes.

2. *La Tension Artérielle.* — Elle est classiquement normale ; cependant on a discuté la possibilité de poussée hypertensive.

3. Mais on s'attachera surtout à rechercher s'il n'existe pas de lésions aortiques. En effet :

« L'angine de poitrine est souvent le cri de l'aorte malade », a dit VAQUEZ ; qu'il s'agisse d'une aortite sus-sigmoïdienne, d'une aortite avec insuffisance aortique, ou d'un anévrysme aortique.

a) *Aortite sans lésion des sigmoïdes aortiques.*

C'est dans ces cas que le diagnostic est particulièrement délicat. A l'auscultation, on peut préciser un éclat clangoreux du deuxième bruit aortique, un souffle systolique. Mais l'examen radiologique sera indispensable au diagnostic.

1) Les modifications d'intensité et de timbre du deuxième bruit aortique constituent une des anomalies les plus importantes. Encore faut-il savoir interpréter les résultats de l'auscultation. Dans certains cas on ne perçoit qu'un simple éclat diastolique du deuxième bruit sans modification de timbre. Un tel symptôme est loin d'avoir une valeur absolue, surtout s'il est isolé. Au contraire, une signification beaucoup plus précise devra être attribuée à un second

bruit s'il est, non seulement augmenté dans son intensité, mais encore s'il est modifié dans son timbre ; s'il est particulièrement métallique et clangoreux. Le second point retentissant peut être entendu sur une large zone, et son extension est surtout ascendante vers la clavicule, vers le cou, les carotides. Une telle anomalie a une valeur incontestable si elle est nette, si elle est perçue sur une large zone, si elle survient en dehors de toute hypertension. C'est souvent le seul signe perçu. Sa constatation chez un angineux doit faire suspecter l'aortite syphilitique.

2) Quant au souffle systolique aortique, sa valeur est discutée. Avec LAUBRY, la plupart des auteurs s'accordent à ne pas lui attribuer une grande signification s'il est isolé. Au contraire, s'il s'associe à un clangor, cet ensemble constitue une quasi certitude en faveur du diagnostic de l'aortite syphilitique.

3) La tension artérielle présente parfois une maxima peu élevée.

4) C'est surtout l'examen radiologique qui constitue le meilleur élément du diagnostic de l'aortite. On conçoit tout l'intérêt de cette étude si l'on considère la latence bien connue des aortites. Ainsi même en l'absence de tout signe d'auscultation, devra-t-on les pratiquer systématiquement chez un angineux.

Elle montre des modifications quantitatives et qualitatives. Parmi les modifications quantitatives, on peut constater :

En O. A. D. une augmentation du diamètre aortique qui réalise parfois une véritable dilatation. En O. A. G. on apprécie le déroulement aortique, avec atténuation de l'arc supérieur et augmentation de la corde qui le suspend. Atténuation de l'arc antérieur qui est saillant. Enfin, on constate que l'arc postérieur déborde le bord postérieur de l'ombre verti-

brale. Quant aux modifications qualitatives, elles portent sur l'augmentation de l'opacité générale de l'aorte, sur l'existence de taches, de marbrures.

En définitive, on reconnaît schématiquement trois types d'altération :

Les aortites sombres ; des aortites larges ; et des aortites larges et sombres.

b) *Aortite avec atteinte sigmoïdienne.*

Dans le cas de l'aortite avec insuffisance aortique, le diagnostic est facilité par la constatation d'un souffle diastolique d'insuffisance aortique.

Son timbre est doux, beumé, il se propage un peu le long du sternum vers le xyphoïde, la pointe du cœur. Son principal caractère est sa localisation dans le temps. En effet, tout souffle diastolique doit faire penser à l'insuffisance aortique. Et en l'absence d'antécédents rhumatismaux, la constatation de ce souffle est un argument de grande valeur en faveur de l'aortite syphilitique.

Dans certains cas, ce souffle diastolique s'associe à un souffle systolique réalisant le double souffle de base. Dans l'aortite avec insuffisance aortique, la tension artérielle présente souvent une minima abaissée. De plus, si les artères sont souples, on peut voir quelques signes périphériques.

c) Quant à l'anévrysme de l'aorte, dilatation localisée et asymétrique de ce vaisseau rompant le parallélisme de ses bords, due à une aortite syphilitique ectasiente, il présente des difficultés diagnostiques variables.

S'il s'agit d'un anévrysme extériorisé avec tumeur battante et pulsatile, le diagnostic en est facile. Mais souvent il s'agit de formes frustes qui nécessitent un examen soigneux. Dans quelques cas, certains troubles fonctionnels feront penser à l'anévrysme, tels une

dyspnée paroxystique ; une toux coqueluchoïde, une dysphagie, une expectoration striée du sang, et surtout une voix rauque bitonale traduisant une paralysie laryngée relevant d'une compression de récurrentielle.

L'examen apporte parfois des renseignements importants, surtout lorsqu'il décèle à côté du foyer apexien un autre foyer à la base qui est le siège d'un second centre de battement avec thrill, et double souffle.

Quant aux signes périphériques qu'il est d'usage de rechercher dans ces cas, on note retard ou affaiblissement du pouls radial et de la tension artérielle d'un côté par rapport à l'autre. Ils ont, lorsqu'ils sont nets, une grande valeur diagnostique.

On recherche en outre un syndrome de compression bronchique (souffle intense), un signe d'Oliver Cardarelli, une inégalité pupillaire qui peut relever d'une compression ou d'une syphilis nerveuse. Enfin, par un examen laryngologique, on cherche à préciser l'état de corde vocale. Mais souvent tout est latent pour l'anévrisme à son début. D'ailleurs, nous avons vu qu'un tel examen doit être pratiqué systématiquement dans tous les cas d'angine de poitrine. Dans les cas typiques, il montre une masse battante, expansive, tout le caractère primordial est une rupture dans le parallélisme de ses plans. Mais il est des cas où l'interprétation radiologique est plus délicate, soit que l'anévrisme soit masqué par une médiastinite, par une réaction pleurale ou pulmonaire, soit que son image soit modifiée, par une infiltration pariétale, par la présence de caillot. C'est dans ces cas qu'il peut prendre l'aspect d'une tumeur battante mais non expansive ; ou qu'il ne se présente que comme une simple augmentation de volume de l'aorte, ombre diffuse

où l'on ne distinguera plus les vaisseaux. Tous ces aspects sont bien connus des cardiologues. Aussi importe-t-il dans ces cas de répéter les examens sous des indices divers et même de pratiquer un examen kymographique, afin de préciser le signe essentiel qu'est la rupture du parallélisme des plans.

Souvent même ce n'est qu'au cours du traitement, lorsque celui-ci fait disparaître la médiastite, que les caractères de cette ectasie se précisent.

III. LES SIGNES CLINIQUES DE LA SYPHILIS

A) ANTÉCÉDENTS ET STIGMATES CUTANÉS

Ils constituent toujours le premier temps d'un examen lorsqu'on suspecte la syphilis. Nous n'avons pas à insister sur la valeur diagnostique que présentent les notions anamnétiques tels un antécédent de chancre, de séro-réaction autrefois positive, d'un traitement spécifique entrepris et souvent trop précocement interrompu, de même qu'une fausse couche, des stigmates héréditaires dans la décadence. Quant aux constatations d'examen, on sait quelle valeur on doit attribuer à une leucoplasie linguale ou commisurale, ainsi qu'aux différents stigmates cutanés qu'il est d'usage de rechercher dans ces cas.

B) LES SIGNES NERVEUX

Une syphilis nerveuse est souvent associée à une spécificité cardio-vasculaire. BABINSKI et VAQUEZ avaient signalé ces associations, syndrome qui porte le nom de ces deux auteurs.

On sait combien sont précieux pour le diagnostic de spécificité la constatation d'une abolition d'un ré-

flex rotulien ou achilléen, d'un signe d'ARGYLL-ROBERSON ou d'une simple inégalité pupillaire. Dans d'autres cas on pourra, dans des signes d'hémiplégie ou de stigmates syphilitiques de paralysie générale, constituer certainement les investigations les plus précises que nous possédons pour faire la preuve de la syphilis. Encore faut-il en connaître la valeur et savoir quels résultats on est en droit d'attendre d'elles.

C) LES RÉACTIONS SÉROLOGIQUES

Les nombreux travaux dont elles ont été l'objet, les multiples confrontations qu'ont subies les différentes méthodes personnelles permettent aujourd'hui d'en bien connaître la valeur respective. La plupart des auteurs pratiquent une réaction de Wassermann (sérum chauffé) selon la technique de CALMETTE. Une réaction de HECHT (sérum frais) et une réaction de KAHN (floculation). La ponction lombaire constitue également une exploration indispensable. Dans les angines de poitrine survenant en période secondaire, les réactions sérologiques sont généralement franchement positives. Il n'en est pas de même dans les cas usuels d'angine relevant de la syphilis tertiaire. Certes, parmi les syphilis viscérales, c'est dans la spécificité cardio-vasculaire que l'on trouve le plus gros pourcentage de réactions positives. Nous verrons également que c'est dans ces cas que l'on trouve les observations les plus fréquentes de séro-réaction résistant au traitement. Toutefois, il est fréquent de constater un Wassermann négatif. Or, si une réaction positive avec les techniques précises que l'on pratique aujourd'hui permet d'affirmer la syphilis, une réaction négative ne peut permettre de l'infirmier. Aussi, dans ces cas, est-il néanmoins né-

cessaire de répéter ces réactions à plusieurs reprises. car on sait les fluctuations que subissent les courbes sérologiques lorsqu'une réponse négative réitérée s'accompagne de fortes présomptions en faveur de la syphilis, on doit *chercher à déterminer une réactivation*. Elle se pratique généralement avec une injection intra-veineuse d'arsenic trivalent, mais on sait la sensibilité des angineux à ce médicament, aussi ne doit-on pratiquer cette réactivation qu'avec du mercure ou si possible du bismuth, qui sont également susceptibles de la déclencher.

Plusieurs séro-réactions échelonnées permettent de saisir la phase positive de la courbe sérologique.

Conclusion. — Tels sont les différentes investigations que l'on se doit d'effectuer en présence de toute angine d'effort pour rechercher une étiologie syphilitique possible.

Dans certains cas, le diagnostic est aisé, mais souvent au contraire le faisceau d'argument établi ne constitue pas une preuve formelle, et il ne persiste qu'une présomption en faveur de la syphilis. C'est dans ces cas qu'on a conseillé d'entreprendre un traitement d'épreuve. Plus encore que dans toute autre syphilis viscérale, le traitement d'épreuve est significatif dans les crises angineuses spécifiques. Nous verrons, en effet, combien le traitement agit efficacement sur les douleurs précordiales d'origine syphilitique permettant ainsi un test précis d'appréciation.

LE TRAITEMENT D'ÉPREUVE

Encore faut-il pour tirer un bon parti de ce traitement d'épreuve, attendre pour le mettre en œuvre que les accidents angineux aient pris une allure sta-

tionnaire. Sans cela on risque de faire une interprétation erronée, car lorsqu'une angine de poitrine s'est manifestée chez un malade par des crises violentes, nombreuses et rapprochées, elle a une tendance naturelle et spontanée à s'atténuer en quelques jours ou en quelques semaines.

Ce traitement doit comporter au moins une série d'injections intraveineuses de cyanure de mercure. On jugera ensuite de son efficacité en appréciant la fréquence et l'intensité des crises. En tous cas, on ne devra abandonner le traitement d'épreuve antisypilitique que si l'on a la certitude que la spécificité n'est pas en cause. On connaît bien aujourd'hui le danger qui constitue en matière de thérapeutique syphilitique ces traitements frustes, incomplets, non poursuivis.

IV. FORMES CLINIQUES

A) RÔLE DE LA SYPHILIS DANS L'ANGINE ATHÉROMATEUSE

On sait que les hétéro-intoxications comme le saturnisme, alcoolisme, les auto-intoxications comme la goutte, le diabète, peuvent être à l'origine de l'athérome. L'athérome est le résultat d'une perturbation générale de la nutrition, le plus souvent, d'une dyscrasie imprécise qu'on appelle la dyscrasie de la cinquantaine. Cet état dyscrasique se manifeste par trois troubles, soit isolés, soit simultanés : l'hypertension, sclérose viscérale et sclérose artérielle. Ces trois troubles peuvent être plus ou moins sous la dépendance de la syphilis. Mais le plus souvent, il est impossible d'assigner à la syphilis un rôle certain et en tous cas, le traitement agit peu sur ces lésions anciennes.

B) ANGOR AIGU CORONARIEN FÉBRILE

L'angor aigu coronarien fébrile, caractérisé par ces douleurs intenses durables diffuse, par une élévation thermique, par des signes digestifs et s'accompagnant d'un frottement précordial, de modifications électrocardiographiques particulières, relève rarement de la syphilis.

CHAPITRE III

I. — LE TRAITEMENT NON SPECIFIQUE

Avant d'étudier le traitement spécifique de l'angine de poitrine, nous envisageons d'abord les thérapeutiques dites symptomatiques qui, employées dans les cas usuels d'angor pectoris, trouvent leur indication dans les angines syphilitiques comme adjuvant du traitement spécifique.

Outre les nombreuses médications classiques, tels les nitrites et les différents sédatifs, nous insisterons sur certains médicaments qui, comme le gardénal, ont été plus récemment introduits dans la thérapeutique.

PENDANT LA CRISE

Nitrites. — Le nitrite d'amyle, qui est un vaso-dilatateur, peut être employé à raison de 5 à 10 gouttes versées sur un mouchoir ou tampon de coton. La trinitrine est plus constante dans ses effets. On peut la prescrire en dragées dosées à 1 ou 2 gouttes de trinitrine. (La dragée de Dubois est dosée à 2 gouttes de solution de trinitrine à croquer.) Une des formules la plus courante est celle de VAQUEZ :

Chlorhydrate d'héroïne	6 centigrammes
Solution alcoolique de trinitrine	
au 1 ‰	LX gouttes
Benzoate de soude	2 grammes
Caféine	1 gramme
Sirop d'éther	20 cc.
Eau	100 cc.

Chaque cuillerée à café renferme IV gouttes de trinitrine et 0,003 d'héroïne. Donner 1 à 4 cuillerées à café, et ne pas dépasser XV à XVIII gouttes de solution.

Pendant les grands accès, pour soulager la souffrance des malades, on peut employer l'opium en injections sous-cutanées :

Chlorhydrate de morphine 1 cgr.

On emploie encore la sédo-morphine (1 mgr.) et la Scolamine (2/10 de mgr.) ou le Pantopon. VAQUEZ a ajouté 1/4 de mgr. de sulfate d'atropine pour parer à l'action inhibitrice. Parfois on est obligé de recourir aux hypnotiques, comme le véronal, qu'on emploie à la dose de 0 gr. 30.

EN DEHORS DE LA CRISE

HYGIÈNE. — Toutes les prescriptions hygiéniques ont une grande importance pour les angineux. L'on insiste sur l'intérêt qu'il y a pour de tels malades à mener une vie calme et il rappelle : « Qu'un sujet ayant l'angine de poitrine ne doit jamais se hâter ».

Aussi faut-il soumettre de tels sujets à une surveillance hygiénique étroite pour le mettre à l'abri de toute attaque nouvelle. Toutes les activités physiques et intellectuelles doivent être restreintes. Le climat importe beaucoup, le malade doit éviter les brusques

changements atmosphériques. On sait qu'une marche contre le vent a souvent déterminé des crises chez les angineux. La suppression du tabac, du vin, et tout ce qui est difficile à digérer, est à recommander.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX. — De nombreuses préparations ont été recommandées comme traitement d'entretien des angineux. Il s'agit généralement de sédatifs nerveux, où la valériane, la belladone, ainsi que les opiacés entrent en jeu. Une des formules les plus efficaces est celle de POTAIN :

Aspirine	(à	0 gr. 20
Valérianate de quinine. (	à	
Caféine		0 gr. 02
Poudre d'opium		1 cgr.

M. SÉZARY conseille l'emploi du gardénal à la dose de 5 à 10 cgr. par vingt-quatre heures en une fois ou en doses fractionnées. Dans la séance du 25 juin 1926 de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, il a rapporté l'observation d'un cas d'angine de poitrine chez une femme âgée de 60 ans presque guérie par l'administration de trois comprimés de gardénal par jour. Cette observation, avec quatre autres rapportées au *Progrès Médical* d'octobre 1924, et d'autres encore relevées depuis, confirment la grande utilité du gardénal comme traitement préventif des crises angineuses. Les malades qui étaient torturés par les crises et les douleurs atroces ont vu disparaître ces symptômes. Ils ont pu reprendre leurs travaux.

Quant à la dose et au mode d'application du gardénal, c'est en réalité un cas d'espèce variable avec les sujets. La dose usuelle varie entre 5 et 30 cgr. On ne doit pas dépasser la dose de 30 cgr. par jour. Les modalités de l'administration du médicament sont également importantes à préciser. Au début on doit prescrire des doses assez élevées. Si les crises survien-

nent avec une rythmicité suffisamment précise pour qu'on puisse prévoir leur application, on recommandera d'absorber ce médicament avant le moment présumé de leur apparition. On ne doit pas persévérer dans les doses élevées. Au contraire, dès qu'on aura obtenu une amélioration, on doit diminuer les doses pour atteindre un traitement d'entretien, avec des doses faibles. Il est même bon d'interrompre le traitement pendant quelques jours, pour le reprendre ensuite. L'organisme réagit généralement mieux devant ces traitements fractionnés et successifs qui laissent un plus grand bénéfice au malade.

Quant aux inconvénients du gardénal, il y en a peu qui puissent être pris en considération. On sait, en effet, que les épileptiques utilisent des doses plus élevées que celles indiquées ici et pendant plus longtemps sans éprouver de malaises importants. Le principal inconvénient est la somnolence qu'il détermine. Nous savons en effet que le gardénal, substance de la série barbiturique, est un hypnotique. La somnolence qui se manifeste, surtout au début du traitement, n'est jamais très importante et, dans la règle, elle s'atténue et disparaît progressivement. Outre la somnolence il faut signaler exceptionnellement quelques éruptions médicamenteuses qui sont, et ça d'ailleurs sans gravité particulière.

L'action purement symptomatique du gardénal ressemble à celle de la morphine. Elle paraît relever de l'effet sédatif qu'a ce médicament sur les algies viscérales. Avec ce médicament on a pu calmer parfois les douleurs atroces, et c'est à juste titre que les malades en proie aux crises angineuses si pénibles ont parfois réclamé ce sédatif souverain qu'est le gardénal.

Sir James MACKENZIE propose le bromure d'ammo-

nium parce qu'en administrant cette drogue pendant les périodes où la sensibilité aux crises augmente il a pu constater qu'un certain degré d'apathie apparaît, que le malade s'alourdit, dort davantage et que bientôt la tendance aux accès se dissipe graduellement. Toutefois il conseille d'administrer une dose suffisante qui serait néanmoins pour produire des effets appréciables.

En cas d'insuccès du bromure on essaye le chloral à petite dose : 20 à 30 cgr., trois ou cinq fois par jour. On le donne avec prudence jusqu'à ce qu'il produise de l'assoupissement, puis on arrête et on recommence quelques jours après si cela est nécessaire. Il ne faut pas cependant abuser de ce médicament et surtout ne pas en faire un emploi prolongé, ce qui risquerait de déclencher des troubles mentaux. Pour parer à ces inconvénients il faut l'interrompre à temps et prescrire des opiacés pendant deux ou trois jours, puis reprendre le chloral pendant une durée analogue.

Ces médicaments sont administrés pendant les périodes qui séparent les crises et sont destinés à éviter la production des accès, mais ils ne doivent être considérés que comme adjuvants à la médication spécifique qui doit, dans ces cas, demeurer le traitement fondamental.

II. — LE TRAITEMENT SPECIFIQUE

Parmi toutes les manifestations tardives de la syphilis, la crise douloureuse de l'angor paraît être une de celles où le traitement spécifique a la plus grande efficacité. Ces remarquables résultats justifient tout le soin qu'on devra porter au dépistage de la syphilis chez les angineux et il indique formellement la prescription de médicaments antisypilitiques dans ces cas. Toutefois un tel traitement ne doit pas être conduit sans discernement. Il inspire une prudence toute particulière et nécessite un examen viscéral soigneux, véritable bilan du sujet où l'on recherchera à apprécier l'état du myocarde, de la tension artérielle, de fonctions rénales. Le danger de mort subite qui plane sur tout angineux doit faire redouter les chimiothérapies violentes. Ainsi ne devra-t-on pas mettre en œuvre les médications les plus brutales, et ne pas employer les arsenicaux, si ce n'est dans les conditions et avec les modalités que nous préciserons.

Le médicament classique est le mercure employé sous la forme de l'injection intraveineuse de cyanure de mercure. Ce corps, qui a l'avantage d'être généralement bien supporté, n'a pas malheureusement l'efficacité des arsénicaux. Aussi le traitement de l'angine de poitrine sypilitique doit-il comporter une autre médication : le Bismuth. Nous aurons l'occasion d'insister sur la haute valeur de ce corps qui, du moins en ce qui concerne la syphilis tertiaire, peut être con-

sidéré comme ayant une valeur analogue aux arsenicaux.

L'iode de potassium, dont la vogue a été éclipsée dans les dernières années par ses rivaux plus efficaces, ne doit pas être mésestimé dans ces cas. Son action cardio-vasculaire justifie son emploi dans les cardio-aortites syphilitiques. Il constituera un bon médicament d'entretien, ou bien trouvera ses indications dans l'intervalle de cures bismuthiques ou mercurielles. Telles sont les conditions générales qui dominent l'étude des traitements spécifiques de l'angine de poitrine syphilitique. Nous envisageons successivement dans ce chapitre les différents médicaments proposés, les indications du traitement, les résultats que l'on en peut attendre.

A. — ETUDE DES MEDICAMENTS

1° MERCURE

On l'emploie par différentes voies : voie buccale sous forme de protoiodure de mercure à dose de 5 cgr. et deux fois par jour ; calomel en comprimé de 1 cgr. avant les repas ; sublimé sous la forme de pilule de Dupuytren deux fois par jour et pendant quinze jours.

Voie cutanée en frictions, à condition qu'elles soient bien exécutées. On emploie l'onguent mercuriel double (Onguent Napolitain) à la dose de 4 gr.

Voie intramusculaire par laquelle on injecte le mercure en solution ou en suspension :

Sels solubles : Biiodure de mercure (72 % de Hg.) en ampoule qui contient :

Benzoate de mercure (59 % de Hg.) en ampoule.

Préparations insolubles : L'huile grise est une préparation où le mercure est incorporé à un corps gras. Elle renferme 40 cgr. de Hg. par centimètre cube.

Lanoline anhydride stérilisée.	26 gr.
Mercure purifié	40 gr.
Huile de vaseline. . . Q. S. P.	100 cc.

Huile au calomel plus active que l'huile grise, mais difficile à préparer et moins douloureux à injecter. On emploie 5 à 10 cgr.

Voie intraveineuse : Le sel le plus employé est le cyanure de mercure (79 % de Hg.). Ces solutions sont trop douloureuses pour être employées sous la peau où elles déterminent une réaction inflammatoire et parfois sphacélique.

On formule :

Cyanure de Hg.	1 cgr.
Eau chlorurée sodique à 7 % . .	1 cc.

Pour une ampoule stérilisée.

On fait 1 cc. tous les jours et au besoin 2 cc. si le sujet le tolère. La série est de 10 à 20 injections.

Accidents du traitement mercuriel. — Ces accidents surviennent : 1° au point de pénétration du mercure ; 2° dans les organes d'élimination ; 3° par imprégnation générale.

1° Au point de pénétration : On peut noter une infiltration œdémateuse très douloureuse. Après injection, il est possible de remarquer des hématomes superficiels d'une veinole ou artériole ; des abcès aseptiques parfois tardifs, nécrose médicamenteuse, due surtout au cyanure de mercure, ou encore abcès suppurés microbiens consécutifs à ces nécroses.

2° Accidents d'élimination : Stomatite mercurielle. Ce sont les plus fréquents de ces accidents et ils résultent de l'élimination toxique et d'infection surajoutée par les microbes de la bouche. Le gencive se décolle, se tuméfie, rougit et s'endolorit autour, en arrière et en dehors de la grosse molaire, à la sertissure des incisives inférieures ou autour des dents malades.

Une surveillance de chaque jour par le malade prévenu, une hygiène buccale et la graduation des doses de sels solubles constituent le traitement préventif et une fois la stomatite déclarée, on ordonnera des lavages fréquents avec une solution antiseptique chaude : chlorate de potasse, ainsi que la suspension du traitement mercuriel.

D'autres troubles à signaler ici sont une diarrhée douloureuse, dysentériforme, profuse et parfois sanglante ; les érythèmes cutanés et néphrites avec oligurie et albuminurie.

3° Accidents par imprégnation générale : Ce sont un amaigrissement, de la fatigue et de la neurasthénie toxique. Parfois on a signalé encore des intoxications aiguës, comme coliques mercurielles abdominales.

2° LE BISMUTH

Il y a diverses préparations qui ont pour excipient soit l'eau, soit une huile.

Les solutions aqueuses : Elles sont peu utilisées parce que douloureuses et donnent plus facilement de la stomatite. Le type est le Luatol (Tartro-bismuthate de K. et de Na en solution aqueuse glycosée), 1 cc. = 35 mgr. de Bi. métal, en série de 10 injections par la voie intramusculaire tous les jours.

Les solutions insolubles : Néotropol est un précipité de bismuth métal en milieu aqueux isotonique (10 cgr. de Bismuth par cc.) en injection intramusculaire de 1 ou 2 cc. tous les trois jours.

Suspension de sel de Bismuth dans l'huile, plus usitée aujourd'hui :

Le Muthanol, Hydroxyde blanc de Bismuth (86 % de Bi.) en ampoule de 2 cc. contenant 13 cgr. de Bi-métal en intramusculaire trois fois par semaine.

Il existe aussi des ampoules dites « double dose » avec 26 cgr. de Bi-métal.

Le carbonate de Bi, produit actif de Curalues, qui contient 8 cgr. de Bi-métal.

Le Quinby, le Rubyl sont des suspensions huileuses d'iodobismuthate de Quinine, 7 cgr. de Bi par ampoule de 3 cc. Ici aussi la « double dose » est employée.

Préparatons de Bi « Oléo-soluble » : Bismuth solubilisé dans l'huile, Cardyl et Solmuth (solution de campho-carbonate de Bi), 4 cgr. par ampoule de 1 cc. Le Quinby soluble et Bivatol contenant la même quantité de Bismuth sous forme d'iodo-bismuthate de quinine solubilisée.

Incidents et accidents du traitement bismuthique.

Embolie artérielle : Localement on sent une douleur vive et, plus tard, on peut avoir des lésions cutanées. Ces lésions sont tantôt érythémateuses et parfois se manifestent par des escarres superficielles. Ces accidents sont rares.

Abcès bismuthiques : Ce sont en général des abcès par série et volumineux laissant des fistules longues à guérir.

Lisééré bismuthique : Ce sont des lisérés noirâtres qui se groupent autour du collet de la gencive, ou encore taches noires à la face interne des joues et de la langue. Tous sont dus à un dépôt de bismuth dans les papilles du derme. Ce liséré dure quelques semaines et le bismuth se résout progressivement.

Stomatite bismuthique : Chez les sujets avec les dents mal soignées, on note souvent ces stomatites bismuthiques qui sont dues à l'exaltation de la virulence de la symbiose fuso-spirillaire buccale. On en remarque en plusieurs degrés : de simple tuméfaction du bord libre des gencives, jusqu'aux ulcérations

qui siègent le plus souvent en arrière des grosses molaires ou à la face interne des joues. Elles s'accompagnent de gêne, douleur, fétidité de l'haleine, d'état saburral de la langue, anorexie et vomissements. Il faut avertir le malade avant le traitement et lui faire soigner les dents.

D'autres accidents à signaler ici sont une albuminurie possible, des érythèmes, un ictère, gastrite et colite ulcéreuse. Les troubles généraux comme malaise et la fièvre aussi bien que la lassitude sont à signaler.

3° ARSÉNIC

Les arsenicaux organiques se sont multipliés dernièrement, mais ils se divisent toujours en deux catégories : les trivalents et les pentavalents ; et les premiers plus toxiques que les seconds ne sont que rarement employés dans les cas aigües, car ils produisent des chocs redoutables.

Les Trivalents : Le Novarsénobenzol ou 914 employé à dose de 0 gr. 15 au début, et on ne dépasse pas 0 gr. 40 en surveillant avec soin le pouls, la tension artérielle et la perméabilité du rein.

Le Sulfarsénol (20 % d'arsenic) associe le soufre à l'arsenic et il est beaucoup moins dangereux que le précédent. On l'emploie en ampoule de 3. 6. 12. 18. 60 cgr. en intramusculaire ou en intraveineuse, mais souvent en sous-cutanée. On peut employer l'Epar-séno, bien qu'il ne soit pas soufré, de la même manière.

Les Pentavalents : On emploie Stovarsol (27 % d'arsenic) en comprimé de 1 gr., et la série comporte 24 gr. Tréparsol (28,75 % d'arsenic), s'administre par la bouche et en comprimé de 25 cgr. pendant quatre jours de suite et un repos de trois jours. Acétylarsan

(25 % d'arsenic) peut être employé en ampoule de 3 cc. et en sous-cutané ou en intramusculaire.

4° IODURE DE POTASSIUM

Il est surtout un médicament d'entretien et d'association. Il se prescrit en potion à la dose de 6 à 8 gr. par voie buccale. On l'emploie surtout chez les anciens syphilitiques artério-scléreux et les malades avec des lésions viscérales chroniques, comme aortites.

Formule

Iodure de potassium.....	40 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères {	ââ 150 cc.
Eau distillée.....	

Trois cuillerées à soupe par jour dans un peu d'eau ou du lait avant chaque repas. Les inconvénients de ce traitement sont la saveur métallique de la bouche, coryza, troubles gastriques, œdème et de l'acné iodique. Il est contre-indiqué chez les sujets à tendance hémorragique.

5° MÉDICATION ASSOCIÉE

Iodo-mercuriel, Sirop de Gibert

Biodure de Mercure.....	20 cc.
Iodure de Potassium.....	20 gr.
Eau distillée	40 gr.
Sirop d'écorce d'oranges amères Q.S.P.	300 cgr.

Enfin, nous signalerons l'association de Bismuth et de Mercure, dernièrement employée avec succès.

B. — INDICATIONS DU TRAITEMENT

Le diagnostic d'angine de poitrine syphilitique étant posé on doit, avant d'instituer le traitement, faire un examen soigneux du malade et rechercher l'état du myocarde, de la pression artérielle et des reins.

Envisageons d'abord le cas où l'examen n'a rien relevé d'anormal au cours de ces explorations. Le traitement commencera par des injections intraveineuses quotidiennes de Cyanure de mercure à la dose de 1 cgr. Si ce médicament est bien supporté, on pourra poursuivre ces injections pendant vingt jours. Après cette première série il sera bon de mettre le malade au repos pendant un mois environ. Au cours de ce temps on pourra administrer de l'iodure de potassium en potion à la dose de 6 gr. par jour. Une deuxième série de cyanure de mercure pourra alors être prescrite et si cette médication est tolérée, on en injectera 2 cgr. par jour pendant dix ou vingt jours. Après un repos de quinze jours une série de bismuth peut être prescrite pendant un mois en injection intramusculaire d'un sel en suspension dans l'huile ou d'un sel oléosoluble.

Parfois on associe bismuth et mercure ou encore bismuth et iodure (Quinby). Toute série nouvelle doit être suivie d'un repos de un mois ou deux. On peut également, après un repos de un mois, prescrire un traitement par l'iodure de potassium pendant un mois. Puis, après un nouveau repos de un mois, on reprendra une nouvelle série d'un médicament plus actif.

Lorsqu'un traitement aura ainsi été conduit pendant plusieurs mois sans incident et que les médicaments auront été bien supportés, on pourra alors s'adonner à l'arsenic. Encore faut-il qu'il s'agisse de sujets jeunes, bien portants, vigoureux, ne présentant pas de tares hépatiques (éthylisme).

On commencera le traitement arsenical par des sels pentavalents en intramusculaire, tels le sulfarsénol ou l'acétylarsan. Ce n'est qu'après ces nombreux traitements antérieurs, et si les sels pentavalents ont été bien tolérés qu'on pourra s'adonner à l'arsénic tri-

valent. Encore faudra-t-il être particulièrement prudent et commencer par des doses très faibles (7 gr. 1 (2) en intraveineuse une seule fois par semaine. Ensuite on peut l'augmenter progressivement en suivant de près l'état du myocarde, des fonctions rénales et hépatiques, et on ne devra jamais dépasser 0 gr. 45. Ensuite on alternera arsénic et mercure, arsénic et bismuth.

CAS PARTICULIERS DU TRAITEMENT. — Lorsqu'il existe des signes d'asystolie ou de défaillance cardiaque avec différentielle pincée, bruit de galop, troubles de rythme, on devra commencer par un traitement tonicardiaque, digital ou ouabaïne.

Le traitement spécifique sera particulièrement prudent. On peut lui associer un traitement toni-cardiaque d'entretien (Pilules de Lancereaux). De même si le sujet présente des signes de néphrite, tels albuminurie, hypertension, il convient d'instaurer un régime, une médication diurétique. Ces précautions étant prises on pourra pratiquer le traitement spécifique.

Enfin, dans les cas de lésions buccales ou dentaires des soins stomatologiques et une bonne hygiène dentaire et buccale doivent précéder le traitement. Dans les cas d'intolérance par le mercure on s'adonnera au bismuth exclusivement. Celui-ci est rarement mal toléré.

C. — APPRECIATION DES RESULTATS

Nous envisageons successivement l'influence du traitement :

- 1° Sur les réactions sérologiques ;
- 2° Sur les manifestations fonctionnelles ;
- 3° Sur les manifestations organiques.

1° INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LES RÉACTIONS

SÉROLOGIQUES. — Celles-ci sont particulièrement tenaces dans les syphilis cardio-aortiques. Certes, dans certains cas les réactions sérologiques deviennent progressivement négatives, mais plus souvent ces réactions deviennent positives, et cela même fort longtemps après le début du traitement. C'est dans ces syphilis cardio-aortiques que l'on a souvent vu des séro-résistances médicamenteuses. Encore pour juger de ces séro-résistances faut-il tenir compte des médicaments employés.

En effet, le mercure a une action faible sur le Wassermann ; néanmoins un traitement prolongé peut modifier la courbe sérologique, mais en tout cas le résultat est long et on ne peut pas noter la disparition du Wassermann avec une seule série. Aussi devra-t-on essayer le bismuth lorsque le Wassermann demeure positif malgré un traitement mercuriel. Le bismuth a beaucoup plus d'action sur les réactions sérologiques que le mercure. Néanmoins il n'est pas rare de voir le Wassermann demeurer positif malgré des traitements prolongés et divers. Mais cette persistance de positivité peut s'accompagner d'une amélioration clinique. Les symptômes subjectifs paraissent en être indépendants.

2° INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LES MANIFESTATIONS FONCTIONNELLES. — C'est sur l'élément douloureux que l'action du traitement spécifique dans les syphilis cardio-vasculaires est surtout nette. L'amélioration ne survient qu'après un temps variable. Dans certains cas il a fallu pratiquer une série entière ou deux de mercure, ou même ce n'est que l'orsqu'on a entrepris le bismuth que les résultats ont été sensibles. Mais, le plus souvent, l'amélioration est assez précoce, souvent vers la septième ou la huitième injection de cyanure.

Pour juger de l'efficacité du traitement on se base sur une diminution de l'intervalle des crises et sur la diminution de leur fréquence. L'influence du traitement sur l'élément douloureux est surtout très grande et l'on assiste généralement à la disparition totale des crises ; tout au plus sont-elles rappelées par des ébauches frustes.

3° INFLUENCE DU TRAITEMENT SUR LES MANIFESTATIONS ORGANIQUES. — Sur ce point les résultats sont très différents de ceux que nous venons de voir. Le résultat le plus important est que sous l'influence du traitement les lésions perdent leur caractère évolutif. On pourra fixer les lésions et enrayer leur progression.

Il est certain qu'on ne pourra rien obtenir sur des lésions antérieures d'aortite et surtout d'anévrysme. Cliniquement, toutefois, on a signalé, dans certains cas, la disparition d'un souffle aortique.

Au point de vue radiologique on peut constater une influence certaine sur la médiastinite. C'est à cette action que l'on attribue la réductivité des manifestations douloureuses. De même on a signalé des cas où une décalcification pariétale a été obtenue dans les aortites et les anévrysmes.

4° CONCLUSION. — C'est surtout la disparition des symptômes fonctionnels qui constitue une raison capitale pour l'emploi du traitement spécifique. Si, grâce à cette thérapeutique, les crises se sont espacées ou même ont disparu, on ne l'abandonnera pas, mais on continuera le traitement deux fois par an jusqu'à la guérison complète. A ce propos se pose une question importante : quand devra-t-on cesser le traitement ? On se basera sur les signes cliniques. Disparition des crises, moins surtout sur les réactions sérologiques du sang et de la ponction lombaire. C'est lorsqu'il ne per-

sistera plus de signes d'évolutivité que l'on sera amené à cesser le traitement. Des contrôles répétés des réactions sérologiques permettent de constater la persistance de la guérison.

CONCLUSIONS

I. — ANGINE DE POITRINE SYPHILITIQUE

a) *Fréquence.*

30 % des cas environ d'angine de poitrine d'effort relèvent de la syphilis. Cette proportion est beaucoup plus grande dans les cas d'angine de poitrine avec aortite, surtout si elle s'accompagne d'insuffisance aortique (85 % des cas). Les angines de poitrine survenant au cours d'un anévrysme aortique relèvent toutes de la syphilis (100 % des cas).

b) *Terrain.*

L'angine de poitrine syphilitique survient souvent chez les adultes jeunes, autour de la quarantaine. L'âge du sujet constitue un facteur de présomption importante en faveur de l'origine syphilitique de l'angine de poitrine.

c) *La syphilis dans l'angine de poitrine.*

Il s'agit le plus souvent d'une syphilis ancienne.

La syphilis causale est souvent ignorée, en tout cas elle a été mal ou insuffisamment traitée.

d) *Le diagnostic de l'angine de poitrine syphilitique.*

Cliniquement l'affection revêt le tableau usuel de l'angine de poitrine.

La constatation d'une aortite constitue une forte présomption en faveur de la syphilis.

Il en est de même si l'on trouve un signe d'Argyll-Robertson.

Les réactions sérologiques ont toute leur valeur lorsqu'elles sont positives.

Dans le cas où le Bordet-Wassermann est négatif et où il existe une forte présomption clinique en faveur de la syphilis on devra répéter les examens sérologiques, puis si les réactions répétées demeurent négatives on pratiquera une réactivation avec le bismuth ou le mercure. Enfin, si l'on n'a pu faire la preuve de la syphilis, par ces différentes investigations, on pourra indiquer un traitement d'épreuve, particulièrement significatif dans ces manifestations fonctionnelles que sont les douleurs angineuses.

II. — TRAITEMENT

A) *Traitement non spécifique.*

Il doit s'associer au traitement spécifique.

Le gardénal est un médicament très actif, sans inconvénient sérieux, qui a une action très nette sur la fréquence et l'intensité des crises. Employé d'abord à doses importantes, on restreint ensuite progressivement ces dernières.

B) *Traitement spécifique.*

1° Le mercure est le médicament classique de la syphilis cardio-vasculaire. C'est généralement par lui qu'on commencera le traitement. Il a l'avantage d'être un médicament doux, habituellement bien supporté. Malheureusement il n'a pas l'efficacité des arsenicaux ou des sels bismuthiques.

2° Aussi emploie-t-on le bismuth, médication active. On se sert de ses sels solubles ou de ses suspensions huileuses en injection intramusculaire. On peut l'uti-

liser isolément ou associé avec le mercure, si l'état buccal et dentaire le permet.

Avec le bismuth on réalise une chimiothérapique très active qui peut être considérée, du moins dans ces cas de la syphilis ancienne, comme étant aussi efficace que les arsenicaux.

3° Les arsenicaux constituent une médication trop brutale dans ces affections où le danger de mort subite plane toujours sur les malades. Aussi ne les emploie-t-on que dans les cas d'intolérance du bismuth et du mercure. Encore doit-on les utiliser avec prudence, seulement après avoir employé les autres médications et après l'échec de ces dernières. On ne s'adressera pas aux sels pentavalents, qui sont trop souvent à l'origine de complications graves, mais plutôt aux sels trivalents. Cette médication ne s'adresse qu'aux sujets en excellente santé et on commencera par les doses les plus faibles en suivant de près les malades. Ce n'est qu'avec la plus grande prudence qu'on atteindra les doses fortes.

4° L'iodure de potassium constitue un bon médicament adjuvant. Il trouvera son emploi dans l'intervalle des séries des médicaments actifs.

III. — INFLUENCE DU TRAITEMENT

A) Influence du Traitement sur les réactions sérologiques.

Celles-ci sont particulièrement tenaces, souvent les séro-réactions demeurent positives malgré des traitements prolongés et malgré l'emploi des différentes préparations antisyphilitiques (sérorésistance). Dans d'autres cas les réactions deviennent négatives, mais seulement après de longs mois.

B) *Influence du traitement sur les manifestations fonctionnelles.*

C'est ici que le traitement spécifique a son action la plus remarquable, souvent action précoce dès le début du traitement, parfois elle est plus tardive ; dans certains cas même elle ne s'observe que lorsqu'on s'est adressé aux sels bismuthiques.

Dans les trois observations que nous rapportons on peut constater cette efficacité remarquable du traitement spécifique.

Vu .
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMI, BRULÉ, HEITZ. — Deux cas d'angine de poitrine avec myxœdème (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1925).
- BARRIEN. — A propos du traitement de l'angine de poitrine. (*L'Hôpital*, avril 1930.)
- BLOCH. — Traitement de l'angine de poitrine. (*Soc. Thérapeutique*, 10 octobre 1928.)
- CLERS. — Angine de poitrine et théories coronarienne. (Notes critiques, *Presse Médicale*, N° 38, 11 mai 1927.)
- BROOKS H. — Concerning the relation of syphilis to angina pectoris ; From study of 200 cases of angina pectoris occurring in private and consultation practice in New-York city and its environ. (*TR. A. Am. Physicians* 42 : 31-35, 1927.)
- COUTE. — Quelques réflexions sur l'angine de poitrine. (*La Médecine Int.*, N° 6, juin 1930.)
- DANZER C. S. — Diagnostic triad in syphilitic aortitis. (*Ann. Int. Med.* 5, 29-30 juillet 1935.)
- FOUQUET. — La Syphilis du cœur et des vaisseaux sanguins.
- FROMENT R. — Cardio-aortite syphilitique avec angor par coronarite athéromateuse. (*J. de Méd. de Lyon*, 16, 591-594, 20 septembre 1935.)
- GALLAVARDIN. — L'Angine de Poitrine.
- Angine de poitrine coronarienne syphilitique. Sept observations nouvelles avec autopsie. (*Lyon-Médical*, N° 8, 21 février 1932.)
- Les deux angines de poitrine coronariennes. (*Médecine* 15, 185-186, mars 1934.)
- GAUCHER et CESBRON. — L'Angine de poitrine syphilitique. (*Annales des Maladies de l'Oreilles, du Larynx*, Paris 1914 XL, 321-347.)

- GÉRAUDEL. — Le Mécanisme du cœur et ses anomalies
GOUGEROT. — Le Traitement de la Syphilis en clientèle.
GRAY K. — *British Medical Journal*, May 1934.
HENRIJEAN. — Le Cœur, Les Médications Cardiaques.
JEANSELME. — Traité de la Syphilis.
JEANSELME et SÉZARY. — Précis de Syphilographie et des Maladies Vénériennes.
KATZ. — L'Angine de Poitrine et les Bromures. (*Le Progrès Méd.*, 2 nov. 1929.)
LAUBRY. — Leçons de Sémiologie Cardio-vasculaire.
— Maladies du Cœur et des Vaisseaux. (*Nouveau Traité de Pathologie Interne*. Tome III.)
LAUBRY et WALZER. — Angine de Poitrine et Affection de Médiastin. (*Journal Méd. Français*, août 1924.)
LAUBRY et Henri VADON. — Sur la définition et la conception clinique de l'angine de poitrine. (*Annales de Médecine*, sept. 1926.)
LERICHE. — Recherches expérimentales sur l'angine de poitrine. (*Presse Méd.*, N° 82, oct. 1925.)
LIAN. — Maladies du Cœur (collection Sergent-Mloine 21).
— Angine de Poitrine (*J. Méd. Fr.*, février 1925.)
— Angine de Poitrine et gardénal (*Ann. Méd. Pratique* 25).
— Angor aigu coronarien fébril, 34 observations.
— Angor aigu coronarien fébril, 34 observations (*Paris Méd.*, 6 et 27 juillet 1929).
— Angine de poitrine et névralgie thoracobrachiale gauche (*J. Méd. et Chir.*, 10 mars 1931).
— L'Angine de Poitrine (édit. Masson 1932) en collaboration avec Blondel, Huret, Marchal et Welti.
— Maladies du Cœur et des Vaisseaux.
LIAN et BARRIEU. — Remarques pathogéniques et thérapeutiques sur l'angine de poitrine (*Prat. Méd. Fr.*, janv. 1927).
LIAN et BLONDEL. — Angor aigu coronarien fébril. (*L'Hôpital*, avril 1929).
LECLERCQ. — Les Angines de Poitrines.
LOEPER. — Thérapeutique Médicale (Tome V et VI).

- MACKENZI. — L'Angine de Poitrine. Maladies du Cœur.
- MARTAUD. — Angine de poitrine et tabès (Faculté de Médecine de Bordeaux, *Thèse* soutenue pendant l'année 1925-26).
- MEREL. — Traitement de l'Angine de Poitrine (*Gaz. Méd. de France*, oct. 1930).
- Contribution à l'étude de l'électrocardiographie au cours des syndromes angineux. (*Thèse* Paris 1931.)
- MORÉWITZ. — Pathogénie, diagnostic et traitement de l'angine de poitrine (*Revue de Progr. Thér.*, juillet-août-sept. 1930).
- PAKINSON et BEDFORT. — Variation Electrocardiographie au cours d'attaque brève d'angine de poitrine. (*The Lancet*, 3 janv. 1931.)
- PETROQUIN et JACOB. — A propos d'un cas d'angine de poitrine d'origine syphilitique. (*La Sc. Méd. Prat.*, N° 1, 15 fév. 1931.)
- PONMILLOUX. — Angine de poitrine, symptômes et diagnostic. (*Le Journal de Méd.*, 25 janv. 1930.)
- RICHON. — Pathogénie de l'angine de poitrine, indication de son traitement. (*Sc. Méd.* 1926.)
- RIDEAUX, DUMAS et VEGNERON. — Angine de poitrine, symptôme d'une médiastinite bacillaire. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, févr. 1921.)
- ROUTIER et VAN BOGARET. — Deux cas de coronarite aiguë fébrile sans angine (*Gaz. des Hôp.* 1933).
- SCHLESINGER. — L'angine de poitrine syphilitique et son traitement. (*La Riforma Medica*, Naples T. XLVI ; N° 11, 17 mars 1930).
- SCHWARZMANN. — Une nouvelle méthode de traitement de l'angine de poitrine. (*Paris Méd.*, mars 1930.)
- SÉZARY. — Traitement de l'angine de poitrine par le gardénal. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 25 juin 1925.)
- *Prog. Méd.* (18 oct. 1924).
- Traitement de la Syphilis.
- Traitement des affections cardio-vasculaires syphilitiques. (*B. de la Soc. Méd. des Hôp.* 1927, N° 33, p. 547.)

— De l'activité thérapeutiques des médications antisypilitiques.

SÉZARY A. et BARBARA. — L'irréductibilité de la réaction de Wassermann. (*B. de la Soc. de Dér.* 1932, N° 7.)

SÉZARY A. et HEITZ. — L'action des traitements spécifiques sur la pression artérielle des syphilitiques. (*B. de la Soc. Méd. des Hôp.* 1928, N° 17, P. 822.)

SÉZARY A. et JEANSELME E. — *B. de l'Académie de Méd.* 1927, toine 97, N° 21.

SÉZARY A. et PERNET G. — L'activité et la posologie de Bismuth dans le traitement de la syphilis. (*B. de la Soc. Fr. de Dér.* 1930, N° 7.)

— Faut-il traiter indéfiniment les syphilitiques. (*Monde Médical* 1931, p. 801.)

SCHMIDT. — Angine de poitrine et protéinothérapie (*Medizinsche Klinik*, Berlin-Prague-Vienne ; N° 33, août 1930).

VAQUEZ. — Traitement des maladies du cœur. (Tome XXIII du *Traité Gibert et Carnot*. 1^{re} Edition, 21 Baillière).

VAQUEZ, LIAN et HEITZ. — Appareil circulaire. (Fase. I ; Introduction. Cœur).

— Maladies du cœur.

— Médicaments et Médiations Cardiaques.

WARTHIN A. S. — Role of syphilis in etiology of angina pectoris, coronary arteriosclerosis and thrombosis, and of sudden cardiac death. (*Am. Heart J.* ; 163-170 Déc. 30).

WEISSENBACH et BASCH. — Les Traitements de la syphilis.

WHITE J. et WHITE P. — L'Angine de Poitrine. (*Journ. de Méd. de Lille*, N° 31, juillet 1927.)

